



УКРАЇНА

(19) UA (11) 62499 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИБОРУ БІЛІОДИГЕСТИВНОГО ШУНТУВАННЯ

1

2

(21) u201103896

(22) 31.03.2011

(24) 25.08.2011

(46) 25.08.2011, Бюл.№ 16, 2011 р.

(72) ДРОНОВ ОЛЕКСІЙ ІВАНОВИЧ, НАСТАШЕНКО ІГОР ЛЕОНІДОВИЧ, БАКУНЕЦЬ ПЕТРО ПЕТРОВИЧ, ДОВБЕНКО ОЛЕГ ВАСИЛЬОВИЧ, НЕГРЯ ЄВГЕН ВАСИЛЬОВИЧ

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб вибору біліодигестивного шунтування, що передбачає накладання холедоходуоденоана-

стомозу, який **відрізняється** тим, що при виконанні за показаннями ендоскопічної папілосфінктеротомії оцінюють дренуючу спроможність отриманого холедоходуоденального співустья шляхом вимірювання його діаметра і діаметра холедоха, вираховують їх співвідношення за формулою:

$$КШ = \text{діаметр устя} / \text{діаметр холедоха, де}$$
$$КШ - \text{коефіцієнт шунтування}$$

і при його значенні від 0,46 та вище вибирають ендоскопічний спосіб біліодигестивного шунтування.

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, а саме до хірургії і може бути використана у випадках, коли виникає механічна жовтяниця, що призводить до порушення пасажу жовчі в дванадцятипалу кишку, та супроводжується розвитком холангіту, печінкової недостатності.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, є спосіб внутрішнього біліодигестивного дренивання шляхом накладання холедоходуоденоанастомозу, який до впровадження ендоскопічних технологій був найпоширенішим. (1).

Недоліком прототипу є:

1. розвиток стриктури холедоходуоденоанастомозу - діаметр створеного устя через 1,5-2 роки зростає на 2/3;

2. неспроможність анастомозу внаслідок технічних огріхів при його накладанні (використання шовного матеріалу, який не розсмоктується; недостатня адаптація країв анастомозу; недостатність швів; "провисання" швів у просвіт анастомозу; накладання багаторядного шва);

3. наявність синдрому "сліпого мішка";

4. гнійні ускладнення: нагноєння післяопераційної рани, утворення абсцесів черевної порожнини, оскільки оперативне лікування проводиться на фоні гнійного холангіту;

5. тривалий період реконвалесценції.

В зв'язку із широким впровадженням ендоскопічних технологій методом вибору способу внутрішнього біліодигестивного дренивання стала ендоскопічна папілосфінктеротомія. Недоліками її є:

1. виникнення безпосередніх ускладнень оперативного втручання (кровотеча із папілотомного розрізу, розвиток гострого панкреатиту, перфорація ДПК);

2. неадекватність утвореного холедоходуоденального співустья клінічним завданням (неможливість видалення конкрементів, недостатня дренуюча спроможність).

Задачею корисної моделі, що заявляється, є розробка способу вибору виду біліодигестивного шунтування, який дозволив би уникнути недоліків наведених способів шляхом оптимізації показань до їх застосування.

Технічний результат, який досягається при вирішенні задачі, полягає у покращенні ефективності лікування, зменшенні кількості ускладнень, усуненні причин виникнення рецидивів.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, що передбачає накладання холедоходуоденоанастомозу, згідно з корисною моделлю при виконанні за показаннями ендоскопічної папілосфінктеротомії оцінюють дренуючу спроможність отриманого холедоходуоденального співустья шляхом вимірювання його діаметра і діаметра холедоха, вираховують їх співвідношення за формулою:

$$КШ = \text{діаметр устя} / \text{діаметр холедоха, де}$$
$$КШ - \text{коефіцієнт шунтування}$$

і при його значенні від 0,46 та вище вибирають ендоскопічний спосіб біліодигестивного шунтування.

Спосіб здійснюється наступним чином:

UA (11) 62499 (13) U

Після виконання стандартної ендоскопічної папілосфінктеротомії ендоскопічним інструментом вимірюють діаметр отриманого холедоходуоденального співустя. Потім через нього ендоскопічно вводять катетер в жовчні шляхи і заповнюють їх рентгенконтрастною речовиною. При цьому рентгенологічно фіксують зображення холедоха і вимірюють його діаметр. За формулою $KШ = \frac{\text{діаметр устя}}{\text{діаметр холедоха}}$, де КШ - вираховують коефіцієнт шунтування жовчних проток. При його значеннях від 0,46 та вище зупиняються на виконаному білідигестивному шунтуванні у вигляді ендоскопічної папілотомії. При значеннях коефіцієнта шунтування нижче за 0,46 виконують черевну операцію - холедоходуоденостомію.

Цілеспрямований аналіз віддалених результатів ендоскопічних папілосфінктеротомій, виконаних у 200 хворих із доброякісною обструкцією жовчних протоків на рівні великого сосочка дванадцятипалої кишки, дозволив визначити оптимальне значення коефіцієнта шунтування. При його значеннях від 0,46 та вище констатували сприятливий перебіг захворювання, тобто папілотомія була адекватною. При зниженні цього показника у хворих відмічалися різного ступеня вираженості клініко-лабораторні ознаки холангіту та формування рецидивного холедохолітазу, що потребувало виконання інших видів білідигестивного шунту-

вання холедоходуоденостомію, гепатикоеюностомію).

Заявлений спосіб ілюструється прикладами:

Приклад № 1

Хворий М., 65 років госпіталізований у лікарню із обтураційною жовтяницею доброякісного генезу. На першу добу Нb-130 г/л, еритроцити крові 3,5 Т/л, лейкоцити крові 14 Г/л, білірубін 180 мкмоль/л, АлТ - 2,0 ммоль/л, АсТ - 1,5 ммоль/л, загальний білок 84 г/л, сечовина 8,4 ммоль/л, відмічались озноб, гіпертермія до 39 °С.

При наявності вищеперерахованого на висоті гнійного холангіту хворий належав до групи ризику розвитку інфекційних ускладнень, які були підтверджені клінічно та інструментально.

Хворому виконали папілосфінктеротомію з усуненням причини механічної жовтяниці, при цьому коефіцієнт білідигестивного шунтування становив 2,2. На другу добу після лікування температура тіла нормалізувалась, білірубін крові знизився до 50 мкмоль/л, а на 4 добу до норми.

Спосіб апробований на базі лікарні № 10 в м. Києві у 20 хворих з доброякісною обструкцією дистального відділу холедоха.

Джерела інформації:

1. Желчеотводящие анастомозы в билиарной хирургии / Под. ред. В. М. Копчак, И. В. Хомяк. - Лига - Информ, 2004. - С. 17,44.